

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

199

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André BALLANGER

Interne des Hôpitaux de Limoges

Né le 5 août 1909, à Villedieu-sur-Indre (Indre)

Ophtalmie purulente du Nouveau-Né
et
Sérum de Stérian

Président de Thèse : M. TERRIEN, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

141

Ophtalmie purulente du Nouveau-Né

et

Sérum de Stérian



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551406_0064

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André BALLANGER

Interne des Hôpitaux de Limoges

Né le 5 août 1909, à Villedieu-sur-Indre (Indre)

Ophtalmie purulente du Nouveau-Né

et

Sérum de Stérian

Président de Thèse : M. TERRIEN, Professeur.

PARIS

E. LE FRANÇOIS, EDITEUR

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	PROUST.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
	BESANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNÉO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâtr.
BÉNARD Henri. Pathologie médicale.
BERNARD Et... Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER ... Pathologie chirurgicale
DE GAUDART
D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU ... Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologique.
JOANNON Hygiène.
LABBÉ Henri.. Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.
LANTUÉJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathologie expériment.
LEVEUF Pathologie chirurgicale
M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI... Neurologie et Psychiâtr.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologique.
PETIT-
DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
PRÉDELIEVRE .. Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Pathologie chirurgicale
RICHET Physiologie.
SANNIÉ Chimie biologique.
SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale
SÉZARY Dermatologie et syphi-
ligraphie.
TROISIER Pathologie expériment.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) .. Pathologie médicale.
VELTER Ophtalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
AUBERTIN		LE LORIER ...	
BRULÉ		LÉVY-SOLAL ..	
CHIRAY		METZGER	
DUVOIR			
HARVIER			
LIAN			

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
CADENAT	
HEITZ-BOYER ..	
MOCQUOT	
MOURE	
SCHWARTZ ...	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agr.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

Si durement frappée par la maladie.

A MON PERE

*Qui s'est imposé tant de sacrifices.
J'offre ce modeste travail, faible témoignage de ma profonde et reconnaissante affection.*

A MON FRERE

A MA BELLE-SŒUR

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THÈSE

Monsieur le PROFESSEUR TERRIEN

Officier de la Légion d'honneur

Professeur de Clinique Ophthalmologique à la Faculté

*En le remerciant du grand honneur qu'il
nous a fait en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A Monsieur le PROFESSEUR C. DUVERGER

Ancien Interne ds Hôpitaux
Professeur de Clinique Ophtalmologique
à l'Hôpital de Limoges

*Notre Maître en ophtalmologie qui nous a
inspiré cette thèse, nous a communiqué
ses dernières observations, nous a prodigé
ses conseils. Avec nos remerciements
et notre admiration.*

A Monsieur le DOCTEUR
G. DUTHIELLET DE LAMOTHE

Ancien Interne des Hôpitaux
Oto-Rhino-Laryngologiste de l'Hôpital de Limoges

*Notre Maître en Oto-Rhino-Laryngologie.
Avec nos remerciements et notre reconnaissance.*

A Monsieur le DOCTEUR L. VOUZELLE

Ancien Interne des Hôpitaux
Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Chirurgien de l'Hôpital

*Notre Maître qui, depuis quatre ans, nous
témoigna toujours la plus grande bien-
veillance.*

*Nous lui adressons tous nos remerciements
et l'hommage de notre profonde grati-
tude pour les excellentes leçons dont il
nous a fait profiter et pour l'amitié dont
il a bien voulu nous honorer.*

A Monsieur le DOCTEUR DELOTTE

Ancien Interne des Hôpitaux

Chirurgien de l'Hôpital

*Au Maître que nous avons tant apprécié, à
qui nous devons tant pour notre éduca-
tion professionnelle ; qu'il nous permette
de lui renouveler ici l'expression de notre
profonde reconnaissance.*

A Monsieur le DOCTEUR DUPYTOUT

Médecin de l'Hôpital de Limoges

A Monsieur le DOCTEUR DONNET

Professeur de Clinique Chirurgicale

à l'Hôpital de Limoges

A Monsieur le DOCTEUR BOURGUIGNON

Professeur de Clinique Médicale

à l'Hôpital de Limoges

A Monsieur le DOCTEUR FAURE

Ancien Interne des Hôpitaux

Chirurgien suppléant de l'Hôpital de Limoges

*Dont je fus l'Interne et l'Externe et qui
m'ont appris à aimer la médecine. Avec
toute ma reconnaissance.*

A MES AUTRES MAÎTRES DE L'HÔPITAL

ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

OPHTALMIE PURULENTE DU NOUVEAU-NÉ ET SÉRUM DE STÉRIAN

Il est habituel de désigner toutes les conjonctivites survenant dans les quinze jours de la naissance, sous le nom d'ophtalmies du nouveau-né.

Presque toujours ce sont des conjonctivites purulentes ; parmi elles il est une forme très grave par les complications dont elle est la cause : *c'est la conjonctivite à gonocoques.*

Elle sera l'objet de notre travail.

ETIOLOGIE. — L'infection est toujours d'origine exogène et l'on peut même dire toujours maternelle. L'ensemencement des conjonctives se fait dans la filière génitale, au cours de l'accouchement, par les sécrétions vaginales contenant du gonocoque.

Exceptionnellement, l'apport du microbe est fait par les doigts : les parents, ignorant que tous les nouveau-nés ont les yeux bleus, ont, en effet, la mauvaise habitude de vouloir, dès la naissance, regarder les yeux de l'enfant, et leurs doigts souillés sont les écarteurs.

L'enfant peut naître avec de la conjonctivite, quelques observations en témoignent ; dans ces cas, l'in-

fection a eu lieu dans l'utérus, par suite de la rupture prématurée de la poche des eaux, ou au cours d'un accouchement long.

Pour qu'à la naissance, l'enfant ait une conjonctivite, il est nécessaire que les membranes de l'œuf aient été rompues ou fissurées depuis au moins vingt-quatre heures.

SYMPTÔMATOLOGIE. — Normalement, la conjonctivite gonococcique du nouveau-né débute du deuxième au cinquième jour, rarement au delà et jamais après le sixième.

Généralement binoculaire d'emblée, cependant, il est assez fréquent qu'un seul œil soit pris un jour ou deux avant l'autre.

La forme monoculaire est exceptionnelle, car même si un œil seulement a été ensemencé, il est extrêmement difficile de protéger le second de la contagion par les sécrétions du premier.

La première chose qui frappe le médecin ou l'entourage, c'est la *secrétion anormale* qui se collecte dans l'angle interne, recouvre le bord des paupières et les agglutine : « *l'enfant a les yeux collés* ».

Les paupières légèrement gonflées (le gonflement très précoce apparaît au bout de vingt-quatre à trente-six heures) sont entr'ouvertes avec peine, l'enfant se défend comme s'il souffrait et une goutte de sérosité ou de pus jaune verdâtre s'écoule.

Les conjonctives épaissies sont injectées, gonflées, la supuration s'accumule dans le cul-de-sac conjonc-

tival distendu. Le léger chémosis existant empêche souvent l'examen de la cornée sans le secours de l'écarteur, car la paupière supérieure se luxe facilement et la conjonctive du cul-de-sac inférieur fait un bourrelet qui vient au contact de la conjonctive palpébrale et dissimule la cornée. Pour bien examiner celle-ci, le petit écarteur de DESMARRÉS sera nécessaire ; il faut s'en servir le plus rarement possible et avec une extrême prudence, car la moindre érosion de la cornée peut être le point de départ d'une ulcération grave.

Les conjonctives très congestionnées saignent très facilement dès que l'on veut écarter les paupières, surtout lorsque l'enfant se défend. Il sera bon, avant de l'examiner, de prévenir les parents que les conjonctives saignent au moindre contact si l'on ne veut être, à tort, accusé de brusquerie.

Les jours suivants, la sécrétion augmente, le pus coule sur les joues, les conjonctives sont de plus en plus rouges, les paupières œdématisées et l'examen des yeux de l'enfant devient extrêmement difficile.

Le matin, lorsque l'on examine le nouveau-né et que les paupières sont agglutinées, agir très doucement pour les décoller en tenant sa tête éloignée, car le pus qui est sous pression entre les paupières accolées et l'œil, peut jaillir et venir souiller les yeux du médecin.

Après un nombre de jours variable, cinq à six en moyenne, l'affection atteint son apogée et peut s'y maintenir de vingt à cinquante jours ; au bout de ce temps, la sécrétion peut diminuer et la guérison peut

survenir complète s'il n'y a pas eu de complications du côté de la cornée. Il est à noter que pendant toute la durée de cette période active, l'enfant ne peut *ouvrir spontanément les yeux*.

Nous venons de décrire la forme commune (environ deux tiers des cas) de la conjonctivite gonococcique ; à côté d'elle il en existe d'autres dont la symptomatologie est très atténuée : une rougeur diffuse et légère de la conjonctive avec une sécrétion très discrète, collectée dans l'angle interne, peuvent en être les seuls signes.

Il ne faut pas négliger ces formes qui semblent dues à une infection atténuée, car *tout comme les formes graves elles peuvent s'accompagner de complications cornéennes*.

COMPLICATIONS. — Toute la gravité réside dans l'apparition de complications qui peuvent survenir durant toute l'évolution. La plus fréquente de beaucoup est *l'ulcération de la cornée*.

D'après MORAX, elle surviendrait dans un quart des cas chez le nouveau-né et encore beaucoup plus fréquemment chez l'adulte.

Elle peut survenir dans la première semaine de l'infection (troisième ou cinquième jour), plus généralement du quinzième au vingtième jour.

Sa gravité est d'autant plus grande que son début en est plus précoce. Celui-ci se fait généralement à la faveur d'une érosion de la cornée ; un coup d'ongle, un cil, le bord libre d'un écarteur, un simple tampon, s'ils

touchent la cornée, peuvent en léser l'épithélium et être le point de départ de l'ulcération. Cette solution de continuité épithéliale passe presque toujours inaperçue chez le nouveau-né, surtout si elle reste à ce stade : seule la fluoresceïne pourra la déceler sous la forme d'une tache verte.

Mais cette érosion s'infiltré et l'éclairage oblique pourra nous montrer l'existence d'une petite tache qui apparaît mate et dépolie sur le brillant de la cornée. Cette tache augmente assez vite et devient facile à voir à l'œil nu.

Si l'on suit l'évolution de cette ulcération, on est frappé de ce que les lésions ont une grande tendance à s'étendre en profondeur, plutôt qu'en surface : c'est « l'ulcération en cuvette ». Son siège est en général à la partie inférieure de la cornée, près du limbe, plus rarement au centre ou à la partie inférieure.

Souvent l'on n'a pas d'ulcération apparente, seulement une zone d'infiltration diffuse, un trouble de la cornée, mais il y a une érosion décelable à la loupe ou au microscope.

Ces formes avec infiltration diffuse sont très graves et peuvent aboutir en très peu de temps, douze à vingt-quatre heures, à une large perforation, la « cornée fond comme la glace au soleil ».

Le microscope oculaire, combiné à la lampe à fente rendrait de grands services, pour l'examen de la cornée, ainsi que pour juger de l'étendue en profondeur de la lésion, malheureusement, le petit sujet ne se prête guère à cet examen.

Enrayée par le traitement, l'ulcération peut rester à ce stade et guérir en laissant des taies gênant beaucoup la vision ; non traitée, l'ulcération poursuit sa marche envahissante, à travers les couches profondes de la cornée ; celle-ci de plus en plus amincie, en arrive à perdre sa résistance, le fond de la cuvette est repoussé en avant par la pression de la chambre intérieure, le centre de l'ulcération se surélève, c'est le prélude de la perforation : on a une descemetocèle.

A la rupture, la chambre antérieure se vide par un petit jet de l'humeur aqueuse. *Cette perforation amène la sédation des symptômes*, sédation incomplète et passagère souvent.

Quand la rupture de la cornée se fait brusquement la décompression rapide des milieux de l'œil peut amener d'importantes hémorragies rétro-choroïdiennes.

Presque toujours la perforation a lieu devant l'iris et c'est celui-ci qui va l'obturer. Si la perforation est très petite, la chambre antérieure vidée s'aplatit vient s'appliquer devant la perforation, l'obstrue, et secondairement y adhère ; il en résultera la formation d'un *leucome adhérent*. Si, toujours située devant l'iris, la perforation est un peu plus grande, par le même mécanisme, l'iris pourra faire hernie : on aura la « hernie en tête de mouche ». La perte de substance étant encore plus étendue, l'iris pourra s'accoler sur tout le pourtour et bomber en dehors ; la cicatrice définitive pourra être plate ou plus souvent bombée : dans ce dernier cas, on aura un *staphylome* opaque

cornéen. Le développement exagéré de ce staphylome pourra nécessiter des interventions optiques (sclerectomie).

Très rarement, la rupture se fait au-devant de la pupille, c'est alors le cristallin lui-même qui vient adhérer à la face postérieure de la cornée pour produire l'obstruction.

La perforation étant petite, il y aura par la suite formation d'une cataracte polaire (cataracte pyramidale).

Plus étendue, la perforation amènera la luxation du cristallin ou même son issue. L'infection a tendance à se localiser à la chambre antérieure, cependant, elle peut se propager à la chambre postérieure et aboutir à la panophtalmie que l'on devra traiter le plus tôt possible par l'éviscération afin de prévenir l'atteinte des méninges.

De la conjonctive, le gonocoque peut passer dans le sang et donner secondairement des localisations : arthrites, méningites. Ces localisations secondaires se rencontrent surtout chez l'adulte, elles sont tout à fait exceptionnelles chez le nouveau-né.

PRONOSTIC. — Le pronostic, modifié ni par la précocité de la suppuration, ni par son abondance, est d'autant plus sérieux que l'enfant est un prématuré ou un hérédo-syphilitique.

Lorsque la conjonctivite ne s'est pas accompagnée de lésions cornéennes, la guérison a lieu sans troubles de la vision.

Avec ulcération sans perforation, la taie qui fait suite à la guérison peut disparaître en un ou deux ans, *mais seulement macroscopiquement* ; elle persiste microscopiquement et la vision en reste irrémédiablement altérée : elle n'est pour l'œil atteint, que de quelques dixièmes (Professeur DUVERGER).

Lorsque l'ulcère est perforé, la lésion est définitive et souvent *il y a cécité*. S'il y a pincement de l'iris, un glaucome secondaire pourra survenir.

La fistule cornéenne peut persister dans ce cas, l'œil est mou et par la suite des décollements de la rétine peuvent se produire qui viennent enlever à l'œil le peu de vision qui lui restait.

Dans les cas de grande perforation, lorsque l'iris et les corps ciliaires ont été atteints, des troubles de la sécrétion des humeurs apparaissent qui réduisent l'œil à l'état de moignon : c'est l'atrophie *ou phtisie du globe*. Une défiguration suit, qui nécessite une prothèse.

Le pronostic de cette affection est très sévère : d'après la pratique médico-chirurgicale, la cécité de un ou deux yeux surviendrait dans un vingtième des cas. Une statistique faite ces dernières années à l'Institut Constantin-Louis, montrait que pour cent aveugles, il y en avait cinquante qui l'étaient par conjonctivite gonococcique dont neuf dixième à la naissance.

Nous avons insisté à dessein sur les complications qui peuvent survenir à la suite de la conjonctivite gonococcique du nouveau-né, ainsi que sur le pronostic, pour en bien montrer la gravité et, par suite, la

nécessité d'en faire un diagnostic précoce pour prévenir ses méfaits par un traitement complet.

DIAGNOSTIC. — En face d'un nouveau-né qui a mal aux yeux, après s'être enquis de son âge, nous devons nous demander de suite : Est-ce une conjonctivite ?

Les deux caractères essentiels, *rougeur de la conjonctivite* et *sécrétion* vont nous permettre d'éliminer :

La kératite interstitielle et *le glaucome* : dans ces deux cas, il y a trouble de la cornée, mais pas d'atteinte conjonctivale.

Plus délicat sera le diagnostic de la *compression de la cornée* par le *forceps* avec rougeur conjonctivale qui peut s'accompagner d'une légère sécrétion. Les conjonctives seront rouges, mais non gonflées, la sécrétion est peu abondante et la guérison est complète en quinze jours : en cas de doute, faire un frottis.

La conjonctivite a débuté avant le dixième jour.

En présence d'une conjonctivite purulente ayant débuté le dixième jour de la naissance, le diagnostic consistera surtout à différencier la conjonctivite *gonococcique* de la conjonctivite à *inclusions*.

Conjonctivite à inclusions. — La conjonctivite à inclusions ressemble beaucoup à la conjonctivite blennorragique, comme elle, elle débute du deuxième au dixième jour ; cependant, fréquemment monnucléaire, les conjonctivites sont moins injectées et l'écoulement est moins abondant que dans la conjonctivite à gonocoques.

Mais elle a une évolution *toujours bénigne ; jamais elle ne touche la cornée.*

Ces deux conjonctivites aussi fréquentes l'une que l'autre, ne sont pratiquement différenciées que par le laboratoire.

Sur un frottis de l'épithélium de la conjonctive, après fixation à l'alcool absolu et coloration au Giemsa, le microscope montrera, dans le protoplasma de certaines cellules épithéliales, des *inclusions*.

Conjonctivite médicamenteuse. — On peut également confondre au début la conjonctivite gonococcique avec une *conjonctive médicamenteuse*. Si la solution de nitrate d'argent employée pour le nouveau-né était un peu forte ou bien si on l'a instillée trop fréquemment, une conjonctivite peut survenir : « *c'est le catarrhe argenté* ».

Les conjonctives sont légèrement rouges et, le matin, il existe un peu de sécrétion dans l'angle interne, mais au bout de deux ou trois jours tout est arrangé.

En cas de doute, faire un examen bactériologique et même plusieurs de la sécrétion. Tout à fait rare est la *conjonctivite diphtérique*. On aura des fausses membranes dans les culs-de-sacs conjonctivaux, du gonflement intense des paupières ; le ganglion préauriculaire s'hypertrophie et une lame faite avec des fausses membranes montrera au microscope du LOEFFLER.

La conjonctivite a débuté après le dixième jour. — Lorsque la conjonctivite a débuté plus tardivement, après le dixième jour : *il est tout à fait rare qu'elle soit gonococcique, à moins que l'infection soit due à*

un contagement antérieur, doigts souillés par exemple.

Conjonctivite lacrymale de Parinaud. — Le diagnostic ne se posera alors vraiment qu'avec la *conjonctivite lacrymale de Parinaud*. Celle-ci, presque toujours mononucléaire débute du huitième au douzième jour en général. L'enfant a du larmolement plutôt que de la sécrétion ; la conjonctive à peine rouge ne s'accompagne pas de gonflement, quelques filaments fibrineux peuvent siéger dans les culs-de-sac et, signe majeur, *les voies lacrymales sont bouchées*.

Le diagnostic ne peut qu'être soupçonné par la clinique : pour le trancher, il faut avoir recours aux examens de laboratoire. En présence d'une ophtalmie purulente du nouveau-né, faire dès que possible un examen bactériologique des sécrétions ; si celui-ci est impossible, traiter *l'ophtalmie comme si elle était gonococcique*.

BACTÉRIOLOGIE. — Après quelques généralités sur le gonocoque, nous ne parlerons ici que des procédés bactériologiques simples, permettant de le caractériser et pouvant être faits par tout praticien qui possède un microscope ; nous laisserons volontairement de côté les techniques compliquées de coloration, ainsi que les cultures qui sont du ressort du spécialiste.

Le gonocoque est un coccus toujours groupé en diplocoque dont les deux éléments aplatis l'un contre l'autre affectent la forme de deux grains de café qui se regardent par leur face plane. Dans les produits purulents et particulièrement dans les sécrétions de l'oph-

talmie purulente, les gonocoques sont isolés par deux ou, le plus souvent, groupés en amas irréguliers. Sur les frottis positifs on peut, en effet, voir de véritables nids de gonocoques intracellulaires ou libres.

Cette disposition en nids pourra nous aider à reconnaître le gonocoque.

Le diplocoque de NEISSER se colore assez facilement par les couleurs d'aniline ; il ne *prend pas le Gram* : c'est un caractère précieux pour sa différenciation.

Il n'est pas d'autre moyen pratique de différencier le gonocoque que les méthodes de coloration.

Le procédé le plus simple, en présence d'une ophtalmie purulente sera de faire, avec les sécrétions conjonctivales deux frottis n^{os} 1 et 2.

Le n^o 1 sera simplement coloré au bleu de méthylène ; cette coloration nous donnera au microscope une idée sur les caractères cytologiques du pus (cellules épithéliales, leucocytes), ainsi que sur la flore microbienne.

La lame n^o 2 nous servira plus particulièrement à la caractérisation des diplocoques en grain de café ; on la colorera par le *procédé de NICOLLE* ou *GRAM* composé : coloration par la méthode de *GRAM* avec recoloration par une solution hydro-alcoolique de fuschine.

Le fond de la préparation et les gonocoques sont teints en rouge, les germes qui ont pris le *GRAM* sont étrangers au gonocoque. On peut encore citer le procédé de *PICK* et *JACOBSON* ; là, le colorant doit être préparé juste avant de s'en servir avec des solutions mères.

Si l'on fait des frottis d'une façon suivie au cours de l'évolution de la conjonctivite, nous aurons des renseignements très intéressants, sur les variations des éléments microbiens et de la cytologie.

La diminution des polynucléaires, l'apparition, puis l'augmentation des lymphocytes par exemple, seront au point de vue cytologique, un signe de guérison.

Tranchant le diagnostic, le laboratoire pourra aussi nous donner une idée pronostique.

TRAITEMENT. — « Mieux vaut prévenir que guérir », le premier traitement de l'ophtalmie purulente sera la prophylaxie : 1° chez la mère, avant et au moment du travail ; 2° chez l'enfant, à la naissance.

Prophylaxie chez la mère. — Traiter la future maman d'une façon très intense, surtout si elle présente des brûlures à la miction ; ne pas oublier que la grande cause de l'ophtalmie est la métrite chronique de la mère, dont les sécrétions inoffensives pour sa muqueuse uréthrale sont très nocives pour la muqueuse plus fragile qui est la conjonctive.

Il faut considérer toute femme dont les pertes tachent le linge comme suspecte de blennorragie : des frottis seront faits et la présence du gonocoque devra nous faire redoubler le traitement, son absence n'en devant pas empêcher la prophylaxie.

Chez toute femme enceinte, il faut toujours faire de la désinfection vaginale non seulement au moment de l'accouchement, mais dans les quinze jours qui précèdent.

Les injections seront faites journellement, soit avec la liqueur de Labarraque (une cuillerée à soupe pour deux litres d'eau bouillie), soit avec le permanganate de potasse en solution au 1/5000° ou l'oxycyanure de mercure au 1/4000°.

Les injections seront données dans la position couchée, avec peu de pression, le bassin de la femme étant légèrement surélevé, de façon que l'antiseptique puisse baigner les replis de la muqueuse vaginale.

Cette méthode, méthode de GIBSON, aura du reste un double rôle prophylactique, à la fois contre l'ophthalmie purulente et contre l'infection puerpérale.

Elle est malheureusement insuffisante, car elle ne peut toucher les gonocoques réfugiés dans les glandes vaginales et ceux-ci seront expulsés au moment de l'accouchement par les pressions de la tête sur les parois du vagin.

Chez le nouveau-né. — Dès la naissance : bien enlever les mucosités qui peuvent rester autour des yeux ou dans les cheveux, faire une désinfection soignée des paupières avec une solution de permanganate au 1/3000°.

Instiller dans chaque œil, dans le cul-de-sac conjonctival et non sur la cornée, une ou deux gouttes de nitrate d'argent au 1/100 (MORAX conseille d'employer la solution de nitrate au 1/50°).

De grandes précautions doivent être prises pour ne pas toucher la cornée avec le compte-gouttes, ni avec les doigts.

Il faut proscrire l'emploi du jus de citron employé

encore par des sage-femmes et quelques médecins. L'instillation du jus de citron entre les paupières n'empêche pas l'apparition de la conjonctivite gonococcique (M. P. VEIL, *Journal des Praticiens*, 29 novembre 1930).

Depuis l'emploi prophylactique du nitrate d'argent « méthode de CRÉDÉ », les ophtalmies purulentes ont diminué beaucoup. Aussi, dans une statistique faite ces dernières années à Baudelocque, l'on n'avait qu'une ophtalmie purulente sur dix mille naissances.

Cependant, malgré l'instillation bien faite de nitrate d'argent dans les yeux du nouveau-né, l'ophtalmie gonococcique peut se déclarer : c'est le cas du petit malade de notre observation n° 16.

Cette prophylaxie pratiquée chez la mère d'abord, chez l'enfant ensuite, prévient beaucoup de conjonctivites gonococciques, mais malgré elle, et à plus forte raison sans elle, l'ophtalmie purulente survient qu'il faut traiter.

Traitement classique local. — (Nous ne pouvons mieux faire que de citer MORAX dans son précis d'ophtalmologie, page 183).

« Le traitement classique, c'est la cautérisation avec
« une solution de nitrate d'argent à 1/50°. La con-
« jonctivite tarsienne et le cul-de-sac supérieur sont
« les points où la prolifération du gonocoque est la
« plus marquée. Il faut donc bien renverser les pau-
« pières pour que la cautérisation atteigne ces régions ;
« on rencontre souvent une certaine difficulté à exé-
« cuter ce retournement par suite du gonflement pal-

« pébral ; on enlève alors la sécrétion avec un tam-
« pon de coton, puis on instille deux ou trois gouttes
« du collyre sur les conjonctives palpébrales éversées,
« tandis que la fente palpébrale fermée protège la cor-
« née du contact avec le collyre ; on laisse les paupière-
« res se refermer et on enlève l'excès de nitrate qui
« s'écoule par la fente palpébrale à l'aide d'une bou-
« lette de coton pour éviter la pigmentation cutanée
« produite par le nitrate et la lumière.

« La cautérisation se fait une ou deux fois par jour,
« suivant l'intensité de l'affection. Concurrément à
« ces cautérisations, on fera des lavages à l'eau bouil-
« lie ou au sérum physiologique toutes les heures et
« des instillations à l'argyrol au 1/5^e toutes les deux
« heures. »

Il faut, naturellement, continuer les cautérisations au nitrate jusqu'à ce que la sécrétion soit tarie, encore est-il bon de vérifier bactériologiquement la guérison.

Si le microscope montrait encore la présence de gonocoques dans les sécrétions conjonctivales, il faudrait continuer les instillations en diminuant la concentration du collyre, 1/100^e ou 1/200^e au lieu de 1/50^e.

Les lésions cornéennes ne sont pas une contre indication à l'emploi du nitrate, il convient seulement d'employer un collyre plus faible à 1/100, instillé plus souvent (VELTER).

KALT remplace les lavages à l'eau bouillie ou au sérum par des irrigations au permanganate de potasse au 1/3000^e qu'il fait à l'aide d'une canule (canule de KALT) introduite sous les paupières.

Le permanganate est un très bon désinfectant et le gonocoque y est très sensible, mais l'introduction de la canule sous les paupières risque fort d'enlever par endroits l'épithélium cornéen, aussi rejetons-nous l'emploi de la canule.

Les lavages au permanganate pourront être faits en pressant à quelque distance de l'œil des tampons de coton imbibés de la solution.

En aucun cas, les yeux atteints ne seront recouverts d'un pansement occlusif qui favoriserait la rétention des sécrétions, et par suite l'ulcération de la cornée. Il ne faut à aucun prix que le pus stagne dans l'œil ; pour l'éviter lavages très fréquents, au moins toutes les deux heures en période aiguë.

Si, par bonheur, un œil seulement était atteint, nitrater l'autre préventivement et pour pouvoir, tout en le protégeant, le contrôler, le recouvrir d'un verre de montre bien fixé par de l'adhésif.

Dans ce cas, il faut toujours *coucher le petit enfant du côté de son œil malade* pour éviter que les sécrétions, passant par-dessus le nez, coulent dans l'œil sain et le contaminent. Le nouveau-né ne semble pas trop souffrir, aussi les compresses froides ou l'application de petits sachets de glace sur les yeux seront superflus.

Toute cautérisation conjonctivale avec le crayon au nitrate d'argent pur ou mitigé doit être proscrite, les escharres résultant de son emploi étant souvent la cause de lésions cornéennes et de déviations palpébrales.

S'il se produit des lésions cornéennes, il faut con-

tinuer les cautérisations au nitrate d'argent mais, comme le conseille VELTER, avec une solution plus étendue et instiller dans l'œil deux ou trois gouttes de sulfate neutre d'atropine à 3/1000^e pour éviter les synéchies iriennes.

Si l'ulcère est profond avec menace de perforation, remplacer l'atropine par l'ésérine ou la pilocarpine.

Lorsque l'ulcération cornéenne s'étend beaucoup en surface, elle est, en général, due à des associations microbiennes : *le gonocoque creuse* ; dans ces cas, VELTER conseille l'emploi de la pommade à l'oxyde jaune d'hydrargyre à 1 %. MORAX, dans les mêmes cas, conseille la cautérisation des bords de l'ulcération au galvanocautère.

Après la perforation, s'il y a hernie de l'iris, faire une iridectomie.

Tel est le traitement local actuel de la conjonctivite gonococcique du nouveau-né.

Ch. ROCHE de Marseille au XLVI^e Congrès de la Société Française d'Ophtalmologie (Communication reproduite dans la *Quinzaine Médicale* de novembre 1933) en insistant sur les pansements rares dans l'ophtalmie purulente signale, avoir soigné en quatorze ans soixante-quatre cas d'ophtalmies purulentes sans avoir observé d'ulcération de la cornée.

Le traitement institué est le suivant : un seul lavage au permanganate à 1/5000^e avec des tampons, assèchement des culs-de-sac, instillation de deux à trois gouttes de nitrate d'argent à 1/40^e. Remplir l'œil d'une pommade non irritante.

Nous citons volontiers cette petite statistique pour montrer que le traitement local peut donner d'heureux résultats ; moins optimistes que M. Roche nous le considérons insuffisant dans beaucoup de cas.

Dans notre observation, n° 16, la conjonctivite avait résisté au nitrate d'argent et malgré lui, l'ulcération cornéenne était apparue.

MORAX, dans une communication faite au Congrès d'Ophtamologie de mai 1922 (*Annales d'Oculistique* de juillet 1922) *conclut qu'avec le traitement classique, les complications cornéennes surviennent dans 12 % des cas.*

Traitement général. — Donc, malgré la prophylaxie malgré le traitement complet institué précocement ; certaines ophtalmies purulentes n'ont aucune tendance à guérir et, au contraire, se compliquent ; il était naturel, devant l'impuissance du traitement local, sur certains cas, d'essayer d'y ajouter un traitement général. On a alors essayé les stocks-vaccins, le lait, les sérums.

Vaccination antigonococcique. — Les vaccins se divisent en vaccins monovalents préparés avec une seule race microbienne, et en vaccins polyvalents préparés avec des souches microbiennes de provenances diverses. D'après les idées actuelles sur la non spécificité du gonocoque et l'existence des germes associés les vaccins qui doivent avoir notre préférence sont les vaccins polymicrobiens.

Nous ne citerons ici que les plus employés parmi

les monomicrobiens, le vaccin de l'Institut Pasteur et le Demonchy.

Les polymicrobiens les plus usités sont l'EUCRATOL de BARIL et CREUZÉ, le DMEGON de NICOLLE et BLAZOT et le BRUSCHETTINI. Ces vaccins se font en injections intrafessières à doses croissantes de 1/4 à 1 cc. tous les deux jours.

Tous les vaccins antigonococciques et, particulièrement les polymicrobiens, donnent de bons résultats associés au traitement local ; malheureusement, ils ne sont pas toujours efficaces, et même ils peuvent être nuisibles.

Dans le cas du petit malade de l'observation n° 16, la conjonctivite gonococcique a résisté au DMEGON, et il nous semble que ce vaccin *aurait donné à l'ophtalmie un coup de fouet emmenant*, après quatre injections, une ulcération cornéenne.

HEMON, dans sa thèse, fait la même remarque et, dans ses conclusions signale : « que dans plusieurs cas, les complications oculaires ont semblé stimulées par le traitement appliqué et que le vaccin a paru hâter la perforation de la cornée.

La protéinothérapie. — *Le lait.* — La protéinothérapie consiste à introduire dans l'organisme, par voie sous-cutanée ou intramusculaire, des substances protéiques hétérogène qui déterminent un choc humoral.

Le lait de vache bouilli, stérilisé, a été employé sous le nom de médication de choc dans la conjonctivite gonococcique du nouveau-né, avec des résultats variables.

G. BONNEFON dans le *Siècle Médical*.

« Substitue à la *protéinothérapie* qui introduit dans
« l'économie des substances animales de provenances
« diverses adultérées par la stérilisation : la *coloastro*
« et la *galactothérapie* qui consistent à injecter direc-
« tement sous la peau du nouveau-né le produit vi-
« vant du sein maternel ».

Les injections pratiquées le jour même de l'accouchement ou le lendemain, sont des injections de colostrum, les injections pratiquées plus tard sont des injections de lait.

La *coloastrothérapie* préventive semblerait renforcer la méthode de CREDE.

La *galactothérapie* curative, d'après BONNEFON, donnerait d'excellents résultats ; quoique nous n'en n'ayons pas l'expérience, nous nous permettons de douter de son efficacité dans tous les cas et puis, pour de nombreux nouveau-nés, abandonnés après l'accouchement, qui risquent plus que les autres l'ophtalmie purulente, nous ne pouvons toucher la mère.

La sérothérapie. — Les premières recherches en vue de l'obtention d'un sérum antigonococcique remontent à une trentaine d'années environ. CHRISTMAS, en Angleterre, fut le premier qui songea à injecter à un animal les cultures de gonocoques en vue d'obtenir, après saignée, un sérum.

PARAF, en 1920, obtint un sérum d'emploi incommode, car il devait être injecté dans les lésions mêmes.

Actuellement, nous avons le sérum de Maurice NICOLLE, de l'Institut Pasteur.

Sérum antigonococcique de Nicolle. — Se fait en injections sous-cutanées ; a donné, tout comme le traitement local, le lait et les vaccins, de bons résultats. Mais ceux-ci ne s'étendent pas à tous les cas, et MORAX dans sa publication au Congrès d'Ophtalmologie de mai 1922, constate que, dans la série d'ophtalmie traitée par le sérum de NICOLLE, il avait eu des complications cornéennes dans 10 % des cas.

Comme tout nouveau-né qui, au cours d'une conjonctivite gonococcique, fait des complications cornéennes, perd une grande partie de la vision, et trop souvent la vue entière, nous sommes obligés de constater l'insuffisance des traitements jusqu'ici rapportés.

Ces complications cornéennes surviennent dans 12 % des cas soignés par le traitement local, et dans 10 % des cas traités avec le sérum de NICOLLE.

Un autre sérum que nous avons pu employer semble donner de bien meilleurs résultats : c'est le sérum de STÉRIAN.

Sérum de Stérian. — Produit pour la première fois en octobre 1915, à Bucarest, le sérum fut apporté en France en octobre 1920 par son auteur le Docteur E. STÉRIAN.

En 1920, 1921, 1922 et 1923 il fut abondamment expérimenté dans les hôpitaux de Paris, dans les complications de la blennorragie.

De très nombreuses publications furent faites à son sujet comme le prouve la bibliographie. Trois thèses furent écrites sur lui, témoignant toutes de sa bien-faisante action dans les complications de la blennor-

ragie et particulièrement dans les complications oculaires.

Puis, M. STÉRIAN quittant la France, son sérum semble avoir été oublié, et n'être, à l'heure actuelle, employé que par quelques ophtalmologistes qui ont la bonne fortune de pouvoir s'en procurer.

Qu'est-ce que ce sérum ? — Le sérum de STÉRIAN est un sérum polymicrobien obtenu en hyperimmunisant des chevaux avec du pus de blennorragique.

Le pus de malades atteints d'urétrite gonococcique est soigneusement recueilli et examiné bactériologiquement, pour déceler les bacilles de KOCH qui pourraient exister : tout pus en contenant est immédiatement rejeté.

Ce pus contient, avec le gonocoque, tous les microbes associés qui, selon les théories modernes, sont avec lui la cause de la blennorragie. Parmi les microbes associés rencontrés dans le pus de l'urétrite on trouve surtout le staphylocoque, le tétragène et de nombreux autres germes aérobies et anaérobies.

Le pus, après avoir, nous le répétons, été vérifié, pour éliminer les pus contenant du bacille tuberculeux, est injecté suivant la technique du D^r STÉRIAN au cheval. Les injections immunisantes sont faites, en série, dans le péritoine ou plutôt dans la vaginale des bourses qui, chez le cheval, communique avec la cavité péritonéale.

L'immunisation de l'animal aurait lieu beaucoup plus vite par la voie péritonéale que par la voie intraveineuse. Au bout de deux mois et demi environ, les

animaux hyperimmunisés sont saignés et le sérum recueilli, est scellé en ampoules de 10 cc.

Ces ampoules sont tyndallisées pour détruire les alexines principales causes des accidents sériques. Chauffées, pendant une heure, à 60°, on les laisse revenir à 37° pendant vingt-quatre heures, toujours dans l'étuve ; on les chauffe de nouveau, pendant une heure, à 60°, et ; après un nouveau refroidissement de vingt-quatre heures à 37°, on fait un dernier chauffage de une heure à 60°.

Le sérum ainsi obtenu présente une teinte opalescente et contient souvent de petits flocons : ceux-ci sont des précipités d'albumine et de cholestérine que contient tout sérum de cheval préparé à froid.

Les ampoules doivent être conservées à l'abri de la lumière, dans un endroit frais, à une température de moins de 14°.

Considérations sur le sérum. — Ce sérum diffère des sérums habituels d'une part, parce que la vaccination n'a pas lieu à l'aide de cultures microbiennes, mais par l'injection du pus lui-même. « L'animal se charge d'épurer lui-même ce vaccin par la défense biologique de son organisme » (PINARD, séance de l'Académie de Médecine, du 30 janvier 1923).

On a ainsi un sérum polymicrobien et polyvalent contenant des anticorps pour toutes les espèces associées renfermées dans le pus vaccinal.

D'autre part, les injections immunisantes sont faites dans le péritoine. Or, le péritoine et les séreuses en général sont doués de propriétés particulières

qui renforceraient le pouvoir bactéricide et bactériolytique des protéines. Le tissu des séreuses verserait dans le torrent circulatoire des anticorps immunisants (Travaux de LE PLAY, physiologie des séreuses : grand épiploon).

Ce sérum est donc obtenu avec des bases nouvelles qui peuvent expliquer la différence de résultats obtenus si l'on compare l'action du sérum de STÉRIAN à celle du sérum de NICOLLE.

Mode d'emploi du sérum de Stérian. — Le sérum de STÉRIAN se fait normalement en injections sous-cutanées, ; il pourrait aussi se faire en instillations, mais nous ne l'avons jamais employé ainsi.

Chez le nouveau-né, après les précautions d'aseptie habituelles, l'injection se fera sous la peau de l'abdomen ou dans la région inter-scapulo-humérale. Ces régions sont préférables à la région antéro-externe de la cuisse, trop fréquemment souillée par l'urine et les matières fécales chez le nourrisson.

Avant d'aspirer le sérum dans la seringue, M. STÉRIAN conseille de vérifier l'intégrité de l'ampoule et de rejeter toute ampoule contenant des flocons ayant la forme de houppes rondes et touffues qui sont des moisissures et qui, du reste, existent tout à fait rarement dans le sérum. L'auteur conseille également, avant de faire l'injection, d'en verser quelques gouttes dans la paume de la main : si le sérum n'exhale qu'une légère odeur de phénol, il est bon, si l'odeur est désagréable, fétide, il faut le rejeter.

Doses. — Pour le nouveau-né, il est classique de

faire des injections de 5 cc., trois à cinq injections seront ainsi faites à deux jours d'intervalle. M. STÉRIAN conseille d'appliquer à toute injection la méthode de BESREDKA : faire une piqûre de 1/2 cc. quarante-cinq minutes avant d'injecter la dose complète.

Avec le Professeur DUVERGER nous avons injecté toujours la dose en une seule fois et nous n'avons pas eu d'inconvénients. Les doses qui viennent d'être indiquées peuvent être diminuées ou augmentées suivant la gravité de l'ophtalmie et la résistance de l'enfant.

MORAX, SEDAN ont injecté 6, 7, 8 et même 9 cc. à la fois au nouveau-né (Observations n° 1, 2, 6). Personnellement, nous employons des doses plus faibles, 2 à 3 cc. par injection. Dans le cas du malade de l'observation n° 16, qui présentait une ulcération de la cornée, 12 cc. de sérum en quatre injections ont suffi pour le guérir.

Il est préférable de ne pas laisser plus de cinq à six jours entre deux injections.

Souvent, alors que la conjonctivite est cliniquement guérie, il persiste dans les sécrétions des gonocoques ; il nous semble qu'il n'est pas nécessaire, dans ces cas, de continuer la sérothérapie, les instillations de nitrate d'argent suffisent, mais *bien surveiller l'enfant et refaire du sérum aussitôt* si une reprise, même minime, des symptômes avait lieu.

Contrairement à ce que conseille le D^r STÉRIAN, nous pratiquons toujours le traitement local au nitrate d'argent à 1/100^e en même temps que le traitement

général au sérum, et nous n'avons eu qu'à nous en louer.

Réactions sériques. — Le sérum de STÉRIAN qui, chez l'adulte, donne des phénomènes sériques dans la proportion de un cas sur cinq ne donne, chez l'enfant, que très peu de réactions. Pour notre part, chez le petit malade de l'observation n° 16, nous n'avons eu, à la deuxième piqûre, qu'une légère élévation de température de $1/2^{\circ}$.

Quelquefois, nous avons vu apparaître à la suite de l'injection, le soir ou le lendemain, une zone rouge d'érythème centrée par le point d'entrée de l'aiguille. Cette rougeur disparaissait facilement en un ou deux jours sous l'action des compresses chaudes, laissant à son endroit une légère pigmentation qui persistait quelque temps.

Dans les observations de conjonctivites gonococci-ques du nouveau-né traitées par le sérum de STÉRIAN, que nous avons pu retrouver, aucune réaction sérique n'est signalée. Cependant, si, à partir du cinquième jour, des phénomènes sériques se produisaient, tels que : adénopathie inguinale, urticaire, fièvre, troubles digestifs, il ne faudrait pas arrêter le traitement séro-thérapique ; au contraire, ces accidents disparaissent et s'améliorent, dans les vingt-quatre heures, par une nouvelle piqûre de sérum de 1 à 3 cc.

Résultats. — « Le sérum de STÉRIAN agit de façon assez nette sur la *disparition* des gonocoques : cette disparition n'a pas été constatée après un seul, mais

après plusieurs examens », rapporte MAWAS, directeur du laboratoire de bactériologie des Quinze-Vingt (*Presse Médicale* du 4 janvier 1922).

Dans la conjonctivite gonococcique du nouveau-né, ce sérum a une action vraiment efficace : *il prévient les complications cornéennes* qui font la gravité de cette affection, lorsqu'il est employé assez précocement (Observations 1, 2, 3, 4, 5 et 7).

MORAX, dans « ses notes statistiques sur la conjonctivite gonococcique du nouveau-né (*Annales d'Oculistique* de juillet 1922) signale, en effet, que dans la série de petits malades, atteints d'ophtalmie purulente, qu'il a traités par le sérum de STÉRIAN « il n'a eu qu'un cas de complication cornéenne, et encore cette complication existait-elle au moment où le traitement sérothérapique a été institué ».

Il avait traité quatorze cas.

« Il y a lieu, dit-il, d'attirer l'attention sur la différence constatée dans les cas où le sérum utilisé était un sérum de cheval préparé par injection de culture de gonocoque (Sérum de Maurice NICOLLE) et les cas traités par le sérum de STÉRIAN. En ce qui concerne la gravité, à moins de supposer que nous soyons tombés sur une série particulièrement favorable, les cas traités par le sérum de STÉRIAN ont montré une évolution infiniment plus favorable, puisque dans aucun d'eux nous n'avons vu se développer l'ulcération de la cornée après l'application du sérum ».

(Dans la série traitée par le traitement local, le

D^r MORAX avait eu des complications cornéennes dans 12 % des cas et dans celles traitées par le sérum de NICOLLE, dans 10 % des cas).

De plus, *lorsqu'il existe des complications cornéennes*, et que l'on institue la sérothérapie par le sérum de STÉRIAN, celle-ci arrête les processus de *destruction et, s'il en est encore temps, empêche la perforation*.

Les observations 6, 8, 14, 15, 16, 17, 18 en sont une indéniable preuve, et particulièrement la belle observation 15 du D^r DUVERGER dans laquelle l'enfant présentait deux descémétocèles et dont la guérison a été obtenue sans perforation grâce au sérum de STÉRIAN.

Nous sommes donc en présence d'un sérum qui paraît avoir une action spécifique sur la conjonctivite gonococcique. Il donne des résultats excellents, bien supérieurs à ceux donnés par les autres traitements employés. Ces résultats ont été constatés par de nombreux ophtalmologistes parmi lesquels nous citerons les D^{rs} RONCHON-DUVIGNAUD, MORAX, DUPUY-DUTEMPS, KALT, DUVERGER et SEDAN.

Pour montrer toute l'importance qu'il y a à traiter l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né nous nous permettrons de citer, pour terminer, quelques nombres empruntés à une statistique allemande sur la proportion et le nombre d'aveugles dans plusieurs pays.

Extrait de *Die Welt in Zahlen* (le monde en chiffres de von WAL WOYTINSKY (siebentes Buch). Communiqué par le D^r STÉRIAN.

Pour 10.000 habitants, il y a :

En France	53 av., soit	212.000 env. p ^r toute la popul.		
En Angleterre ...	73 —	343.000	—	—
En Allemagne	52 —	250.000	—	—
En Italie	82 —	328.000	—	—
En Autriche	68 —	54.400	—	—
En Hongrie	88 —	105.000	—	—
En Belgique	34 —	25.500	—	—
En Hollande	56 —	33.600	—	—
En Suède	51 —	28.560	—	—
Au Danemarck ..	45 —	12.600	—	—
En Norvège	101 —	24.140	—	—
En Egypte	121 —	145.200	—	—
Aux Indes britan.	152 —	4.560.000	—	—

Si, d'après la statistique des ophtalmologistes, on considère que 10 % des aveugles le sont par suite de conjonctivite blennorragique, il est facile de déduire que nous avons en France 21.200 aveugles, dont la cécité est causée par le gonocoque.

Comme les 9/10^e d'entre eux sont atteints de cécité blennorragique à *la naissance*, nous déduisons qu'il y a actuellement en France 19.080 habitants qui ont perdu la vue par ophtalmie purulente.

Et la statistique ne fait point état de tous les individus atteints d'ophtalmie purulente à leur naissance, dont la vue est actuellement extrêmement diminuée par suite de taies, de leucomes adhérents.

OBSERVATIONS

Parmi les quelques observations que nous rapportons ici plusieurs ont été déjà publiées et sont rapportées dans la thèse d'Hervé HÉMON (Paris, 1923). Les observations XV, XVI, XVII, XVIII sont inédites. L'observation XVI nous est personnelle. Les observations XV, XVII et XVIII nous ont été communiquées par M. le D^r DUVERGER, professeur de Clinique ophtalmologique à l'Hôpital de Limoges. Nous insistons particulièrement sur ces dernières observations ; car dans toutes, l'enfant présentait des lésions cornéennes au moment de l'institution de la sérothérapie et dans toutes, le sérum de STÉRIAN a eu un très heureux effet curatif, en *empêchant l'extension des lésions et la perforation*.

OBSERVATION I

Communication de M. le D^r MORAX, séance du 15 janvier 1921, de la Société d'Ophtalmologie de Paris.

Nouveau-né admis à l'hôpital alors que l'infection date de trois jours.

Il reçoit des injections de 9, 8 et 8 cc. de sérum de STÉRIAN.

Le résultat est une modification rapide de la sécrétion et la guérison au vingt-quatrième jour.

OBSERVATION II

Communication du D^r MORAX, séance du 15 janvier 1921, à la Société d'Ophtalmologie de Paris.

Nouveau-né arrivé à Lariboisière le quinzième jour de son infection. On commence un traitement au nitrate d'argent qui ne modifie pas beaucoup la sécrétion peu abondante, mais continue.

Après trois injections de 7 cc. de sérum, la guérison se produit au trente-et-unième jour de l'infection gonococcique.

OBSERVATION III

D^r MORAX, Hôpital Lariboisière, sur thèse Hervé HÉMON, Paris 1923.

B... André, 5 jours. Entré à l'hôpital le 25 août 1921.

O. D. G., paupières rouges, gonflées et collées. Sécrétion mucopurulente abondante. Léger chémosis.

Pas de lésions cornéennes. Frottis : gonocoques.

Injection de 6 cc. de STÉRIAN. Pas de nitratisation. Lavage au permanganate de potasse.

26 août : La rougeur des conjonctives a nettement diminué, ainsi que la sécrétion.

27 août : Injection de 5 cc. de sérum STÉRIAN.

1^{er} septembre : Rougeur des conjonctives très diminuée. Sécrétion mucopurulente. La mère emmène son enfant, malgré l'avis du Docteur.

OBSERVATION IV

D^r MORAX, Hôpital Lariboisière, in thèse Hervé HÉMON, Paris, 1923.

V... Robert, âgé de 7 jours, entre à l'Hôpital le 5 octobre 1921. O. D. G., œdème palpébral, sécrétion abondante, frottis : gonocoques.

Traité pendant quelques jours avec le nitrate d'argent à 1/100^e et les lavages au permanganate de potasse.

10 octobre : Injection de 5 cc. de sérum de STÉRIAN.

12 octobre : Aucune sécrétion, le petit malade sort guéri de l'Hôpital le 17 octobre.

OBSERVATION V

D^r MORAX, Hôpital Lariboisière, in thèse Hervé HÉMON, Paris 1923.

L., Lucien, âgé de 7 jours.

O. G. œdème palpébral, sécrétion purulente (gonocoques). Instillation de nitrate d'argent. Lavages au permanganate.

9 août : Injection de 5 cc. de sérum STÉRIAN.

10 août : Abondante sécrétion. Cornée claire.

13 août : Moins de sécrétion.

17 août : Plus de sécrétion à O. G.

22 août : O. D. abondante sécrétion (Instillations de nitrate à 1 %. Lavages au permanganate).

25 août : Sécrétion moins abondante O. D.

27 août : Injection de 5 cc. de sérum de STÉRIAN.

2 septembre : Le malade sort guéri.

OBSERVATION VI

D^r SEDAN, séance du 3 mars 1922, de la Société d'Ophthalmologie de Paris.

O., Stéphan, âgé de 10 jours, présente depuis six jours une conjonctivite purulente. Vu le 10 janvier 1922 : paupières rouges et gonflées. Cornée saine à gauche, infiltrée et dépolie à droite. Dans la sécrétion qui est abondante : nombreux gonocoques.

Le 10 janvier : Nettoyage complet et instillation au nitrate d'argent.

11 janvier : La lésion cornéenne droite s'est étendue et l'opacification s'est épaissie. L'opacité centrale

apparaît à gauche. Ce même jour on injecte 5 cc. de sérum STÉRIAN.

12 janvier : L'œdème et la sécrétion ont diminué.

13 janvier : Deuxième injection de 9 cc. L'œdème palpébral est presque nul, le chémosis a disparu. La cornée droite s'éclaircit manifestement, il n'y a plus trace d'opacité à gauche.

14 janvier : Le mieux s'affirme, la lésion cornéenne continue à rétrocéder. Frottis : les gonocoques ont complètement disparu.

15 janvier : Troisième et dernière injection de 8 cc. La sécrétion conjonctivale est négligeable et l'état local aussi satisfaisant que possible. Tout finit par une légère taie à droite.

OBSERVATION VII

D^r MORAX, Hôpital Lariboisière, in thèse Hervé HÉMON.

G... Pierre, âgé de 5 jours. Entre à l'Hôpital le 13 avril 1922.

O. G. pris depuis le jour de la naissance (8 avril).

O. D. pris le lendemain (9 avril).

13 avril : Sécrétion abondante des deux yeux, les paupières inférieures sont œdématiées et rouges. Les cornées sont intactes.

Traitement. — Lavages au ballon, au permanganate de potasse au 1/8000^e toutes les heures. Nitratation à 1/100^e. Injection de 5 cc. de sérum STÉRIAN.

16 avril : La sécrétion a beaucoup diminué, le petit malade sort de l'hôpital.

OBSERVATION VIII

D^r MORAX, Hôpital Lariboisière, in thèse Hervé HÉMON.

P... Gisèle, âgée de 4 jours. Entre à l'hôpital le

17 juillet 1922 pour conjonctivite purulente double (gonocoques dans les sécrétions).

O. D. G. œdème conjonctival, sécrétion abondante. Cornées intactes.

Traitement. — Instillations de nitrate à 1/100. Lavages au permanganate à 1/8000^e toutes les heures.

18 juillet : Sécrétion jaune abondante. Injection de 5 cc. de sérum STÉRIAN.

19 juillet : O. G. petite érosion cornéenne centrale. Nitratation à 1/100^e des deux yeux.

21 juillet : sécrétion très diminuée, la cornée gauche ne prend plus la fluorescéine.

23 juillet : O. D. G., cornées claires, sécrétion fluide. On refait deux instillations de nitrate à 1 %.

24 juillet : Frottis, pas de gonocoques. On continue les lavages au permanganate à 1/8000^e.

27 août : La petite malade sort guérie sans opacité de la cornée.

OBSERVATIONS DE IX A XIII

D^r DUVERGER, professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Strasbourg (Extrait du *Médecin d'Alsace et de Lorraine*, 1922).

Cinq observations concernant des nouveau-nés ont été favorables : une ulcération de la cornée a été arrêtée net, la guérison est survenue en une semaine.

Deux petits malades très améliorés en trois jours par les deux premières injections de 5 cc. chacune sont restés cinq à six jours sans traitement ; ils ont eu, l'un et l'autre, une rechute qui n'a pas menacé la cornée, mais a exigé quinze et vingt-deux jours pour obtenir la disparition des gonocoques dans la sécrétion.

Deux autres ont été considérablement améliorés par

une ou deux injections de sérum de STÉRIAN. Ils n'ont pas été revus.

Le dernier est resté pendant vingt jours entre les mains d'une sage-femme qui l'a traité par la camomille, il arrive à la clinique le 29 mars avec une perforation de la cornée droite, une infiltration diffuse de la gauche, œdème, sécrétion purulente abondante.

Cinq centimètres cubes le premier jour ; le lendemain, la sécrétion des yeux a diminué, la cornée droite est plus claire.

L'injection est répétée le 30, le 31 mars et le 2 avril. Le 3 avril, la sécrétion a presque disparu, la cornée gauche est claire, la droite est en voie de cicatrisation. Il n'y a plus de gonocoques dans le peu de sécrétion qui reste.

OBSERVATION XIV

Rapportée par M. BELLANCONTE à la Société de Médecine de Paris, séance du 27 janvier 1923.

Au mois de février dernier, on m'a amené un nouveau-né de huit jours, avec, disons une ophtalmie purulente pour employer le terme d'autrefois, avec supuration abondante, gonflement des paupières et surtout une liquéfaction, peut-on dire, des cornées.

Je ne cachais pas à la famille la gravité du pronostic et je songeais aux observations que j'avais lues du traitement des conjonctivites gonococciques des nouveau-nés par le sérum du Dr STÉRIAN qui semblait avoir donné des résultats favorables. J'appliquais, à la fois, le traitement local classique, nitrate d'argent, argyrol et je fis suivant STÉRIAN des injections, la première d'un demi-centimètre cube, puis de deux centimètres cubes.; le troisième jour, je recommençais, puis le sixième et, au bout d'un mois, ce qui, du reste, est un temps normal, je recommençais.

La suppuration était tarie vers le quatorzième jour, les gonocoques avaient disparu et nous nous trouvions en face d'une guérison, mais d'une guérison relative, parce que les cornées qui étaient effondrées s'étaient bien reconstituées ; mais, au bout d'un mois, on constatait un large nuage tout blanc et l'enfant, qui avait échappé à la cécité, serait devenu aveugle d'une autre façon.

C'est à ce moment que j'ai eu recours, de nouveau, à l'obligeance de M. STÉRIAN qui me dit : « Cela va se dissiper sous l'influence d'une nouvelle application de traitement ». C'est le seul intérêt de cette observation.

Je fis donc une nouvelle application de sérum de STÉRIAN et j'eus la surprise de voir ces larges infiltrations blanchâtres qui masquaient à tout jamais la vue disparaître avec une rapidité inusitée et au bout de quatre mois l'enfant quittait Paris n'ayant plus que deux petites taies qui, certainement, lui permettaient de voir et lui permettront de voir dans l'avenir.

OBSERVATION XV

(Inédite). Transmise par le D^r DUVERGER, professeur de Clinique Ophtalmologique à l'Hôpital de Limoges.

Le 15 mai 1929, je fus appelé pour voir un enfant dans la Creuse. Son médecin me dit qu'il a un mois, qu'il a été atteint d'ophtalmie purulente des deux yeux le troisième jour qui a suivi sa naissance, qu'il a été traité au nitrate d'argent et au permanganate de potasse et que, malgré cela il ne va pas mieux.

Je constate un écoulement purulent des deux yeux, les paupières sont moyennement œdématisées, les conjonctives rouges et chémotiques saignent quand on entr'ouvre les paupières. La chose est d'ailleurs diffi-

cile ; difficile également de voir les cornées. On arrive cependant à constater une ulcération siégeant sur chacune d'elles au-dessus du centre, ulcération large, ovulaire, à grand axe horizontal, occupées, l'une et l'autre, par une saillie régulièrement ronde que je crois être une hernie de l'iris.

L'infiltration s'étend largement tout autour occupant la presque totalité de la cornée. La situation paraissant aussi mauvaise que possible, j'obtiens le transport d'urgence de cet enfant à la clinique.

Le lendemain matin 16, la situation est inchangée, mais, étant mieux outillé pour l'examen, je reconnais que les saillies vues la veille sont d'énormes descemétocèles, la perforation n'est pas complète.

Tout traitement local est abandonné, à l'exception de lavages à l'eau bouillie tiède, lavages prudents, car on craint que toute pression complète la perforation. Un frottis montre de nombreux gonocoques.

J'injecte sous la peau de la cuisse 3 cc. de sérum de STÉRIAN.

Le 17 : La suppuration a presque disparu, l'état des cornées reste le même. Nouvelle injection de 3 cc. de sérum.

Le 18 : OEdème et suppuration ont disparu. L'infiltration cornéenne a diminué.

Le 19 : L'infiltration des cornées, a notablement diminué, l'enfant ouvre les yeux spontanément. Troisième et dernière injection de 2 cc. de STÉRIAN. L'enfant quitte la clinique le 20 mai avec une ordonnance d'atropine et d'argyrol.

Il n'y a plus de symptômes conjonctivaux, sauf hyperhémie des culs-de-sac et des tarses. L'infiltration cornéenne a disparu. Reste la saillie des descemétocèles qui ne sont pas perforées.

Il a été revu huit jours plus tard : la cicatrisation

des ulcères est avancée, les saillies ont diminué de moitié.

Au bout d'un mois, ils étaient cicatrisés à plat.

Revu cette année (1934), il reste une taie assez large des deux cornées. La vision, qui n'a pu être mesurée, est très suffisante pour lui permettre de se conduire et de jouer comme les enfants de son âge.

OBSERVATION XVI

(Personnelle).

Il s'agit d'un enfant du sexe féminin envoyé par le Bureau d'abandon à la Crèche, le 29 mai 1933. Pré-maturé (7^e mois de la gestation), née depuis quelques heures, pèse 2 k. 100.

A son arrivée, une instillation de deux gouttes de nitrate d'argent au 1/50^e lui est faite dans chaque œil, et on le met à la couveuse.

Le 30 mai : L'instillation est renouvelée et aux mêmes doses.

Le 1^{er} juin : L'enfant présente un écoulement oculaire assez abondant et légèrement trouble ; les instillations de nitrate ayant été faites avec une solution un peu forte on pense à un *catarrhe argenté*.

Le nitrate est supprimé, et plusieurs fois par jour, des lavages oculaires à l'eau bouillie sont faits (lavages au tampon). Cependant, l'écoulement continue à augmenter depuis, de plus en plus épais, en prenant une teinte jaunâtre.

Le 8 juin : L'enfant est présenté au D^r DUVERGER qui constate l'écoulement abondant des deux yeux, un léger trouble de la cornée, et les conjonctives, surtout le cul-de-sac inférieur, très irritées. L'aspect de l'écoulement et de la conjonctive ferait penser à une conjonctivite médicamenteuse ; un frottis extempo-

rané est cependant fait par mesure de précaution, il révèle la présence de gonocoques intra et extra cellulaires.

On fait immédiatement à l'enfant du vaccin anti-gonococcique DMEGON concurremment avec les lavages locaux toutes les heures à l'eau bouillie, et les instillations de nitrate d'argent au 1/100^e et d'argyrol au 1/10^e.

Quatre ampoules de vaccin sont ainsi faites en quatre jours, sans aucun effet, au contraire, l'écoulement augmente et les conjonctives sont plus gonflées.

Le 13 juin : L'enfant présente sur la cornée de l'œil gauche, à 7 heures, une ulcération de la grosseur d'une petite lentille, la cornée des deux côtés est très trouble et l'on craint pour les yeux de l'enfant.

Devant l'accroissement du mal et l'échec du traitement institué, on décide, en dernier recours, de faire à l'enfant du sérum de STÉRIAN. Le 13 juin, à 15 h., on fait une première injection sous cutanée à la cuisse de 2 cc. On continue les lavages locaux, toutes les deux heures, à l'eau bouillie et l'argyrol au 1/10^e trois fois par jour.

Cette première injection ne donne à l'enfant aucune réaction générale, la température de 36°5, avant l'injection, reste entre 36° et 36°7 dans les heures qui suivent.

Le 14 juin : Au matin, l'enfant est revue : écoulement toujours intense. Cornées troubles ; cependant, le trouble n'a pas augmenté et l'ulcération semble s'être localisée. Une amélioration très légère est donc à noter. Une nouvelle injection de 3 cc. de sérum est encore faite qui donne une réaction générale appréciable (1/2° de l'élévation de température).

Le 15 juin : Ecoulement moins abondant, les cor-

nées s'éclaircissent légèrement. L'ulcération, bien localisée, semble régresser.

Le 16 juin : Amélioration sensible, les cornées s'éclaircissent, l'écoulement a beaucoup diminué. Une nouvelle injection de 3 cc. est faite le 18 juin sans aucune réaction.

Le 20 juin : L'écoulement de l'œil droit semble avoir augmenté ; à l'œil gauche, l'ulcération s'est éclaircie et se creuse en son centre, par élimination des couches cornéennes touchées par l'infection.

Le 21 juin : L'enfant est revu dans le même état satisfaisant ; cependant, on lui fait encore 4 cc. de sérum.

A partir de cette date, on ne fait plus de sérum et on continue les instillations de nitrate et d'argyrol.

Le 24 juin : L'enfant va bien mieux, la suppuration est presque tarie, l'érosion de l'œil gauche se cicatrise vite : elle est, à cette date, diminuée de moitié.

Le 26 juin : Un nouveau frottis montre encore la présence de rares gonocoques, tous intra-cellulaires.

Le 4 août : L'enfant est revu pour la dernière fois. Il a encore un écoulement bilatérale, mais extrêmement léger et visible seulement le matin. Ses cornées sont bien transparentes et sur l'œil gauche, son ulcère complètement guéri, ne laisse qu'une cicatrice à peine visible. L'enfant est guéri.

(Il est, du reste, mort depuis, de broncho-pneumonie).

OBSERVATION XVII

(Inédite). Transmise par le Dr DÜVERGER, professeur de Clinique Ophtalmologique à l'Hôpital de Limoges.

Le 16 juillet 1933 : Un enfant de douze jours m'est

adressé par son médecin, parce que depuis huit jours, il a une suppuration des deux yeux.

La maladie a débuté le troisième jour après la naissance ; elle n'a pas été améliorée par les lavages à l'argyrol.

A l'examen, on constate un œdème très modéré des paupières, de la rougeur et de l'œdème des conjonctives. La cornée gauche présente une petite ulcération en bas, près du limbe, non infiltrée. Un écoulement purulent jaunâtre contient des gonocoques peu abondants.

Je lui fais immédiatement une injection de 3 cc. de sérum de STÉRIAN ; on continue les lavages à l'eau bouillie et les instillations de nitrate d'argent à 1 % matin et soir.

Le lendemain 17 : L'amélioration des symptômes est nette, l'ulcération de la cornée a disparue. Deuxième injection de 3 cc. de sérum de STÉRIAN.

Le 18 : L'amélioration continue.

Le 19 : La guérison apparaît complète ; troisième injection de sérum.

L'enfant repart le 20, avec une ordonnance d'argyrol, qui a été suivie pendant huit jours. Il n'est resté aucune trace de son affection.

OBSERVATION XVIII

(Inédite). Transmise par le D^r DUVERGÈRE.

Le 9 décembre 1933, R..., fillette de 5 jours, présente de la rougeur conjonctivale des deux yeux, un très léger œdème des paupières et un minimum de sécrétion.

Malgré cela, la cornée gauche porte une très petite ulcération à la partie inférieure, à un millimètre du limbe, ulcération horizontale, allongée parallèlement aux limbes, non infiltrée.

La cornée droite n'a pas d'ulcération visible, mais une infiltration diffuse occupant la moitié inférieure et troublant la totalité de la membrane transparente.

Gonocoques dans la sécrétion.

L'enfant est gardé avec sa mère, à la clinique, on lui instille, dans les deux yeux, de l'atropine, une fois par jour, du nitrate d'argent à 1 % matin et soir, de l'argyrol au 1/10^e à midi, lavages fréquents à l'eau bouillie.

Une injection sous-cutanée de 3 cc. de sérum de STÉRIAN est pratiquée immédiatement.

Le 10 : Etat stationnaire, deuxième injection de 3 cc. de sérum.

Le 11 : L'œil gauche va mieux. L'ulcération a presque disparu. L'œil droit s'est aggravé, une ulcération superficielle est apparue au centre. Le maximum d'infiltration est un peu au-dessous du centre de la cornée. Troisième injection de sérum.

Le 12 : L'œil gauche est guéri ; il n'y a plus ni sécrétion ni ulcération. A droite, l'ulcération est stationnaire, les symptômes conjonctivaux sont très atténués.

Le 13 : L'ulcération de l'œil droit a un peu augmenté en largeur et en profondeur. On fait une quatrième injection de 3 cc. de sérum.

Le 14 : L'œil droit s'améliore à son tour. L'ulcération et l'infiltration de la cornée ont diminué, il n'y a plus de sécrétion conjonctivale.

Le nitrate d'argent est supprimé pour l'œil gauche, continué une fois par jour, pour l'œil droit, avec atropine et pommade jaune à 2 %.

On ne fait plus d'injection de sérum, car, à partir de cette date, l'amélioration est progressive, régulière, mais extrêmement lente. L'infiltration de la cornée diminue peu à peu.

La cicatrisation complète de l'ulcère est obtenue seulement le 25 décembre. L'enfant quitte la clinique au 1^{er} janvier, avec une cicatrice peu étendue au-dessous de la cornée droite. Les symptômes conjonctivaux qui n'avaient jamais été très marqués ont disparu depuis le 15 décembre, et n'ont jamais reparu.

CONCLUSIONS

1° L'ophtalmie purulente, par ses complications redoutables, fait chaque année, en France, de trop nombreux aveugles.

D'après la pratique médico-chirurgicale, les complications cornéennes surviendraient dans un cinquième des cas et la perte de la vision pour l'un ou les deux yeux, dans un vingtième des cas.

2° Le traitement prophylactique chez la mère et chez l'enfant, par la méthode de GIBSON CRÉDÉ, quoique bon, est insuffisant ; avec lui, et à plus forte raison sans lui, surviennent les ophtalmies gonococciques.

3° Le traitement local classique par les cautérisations au nitrate d'argent, combinées avec les lavages à l'eau bouillie, ou au permanganate en solution à 1/5000^e et les instillations à l'argyrol ne prévient pas toujours les complications cornéennes qui surviennent malgré lui dans 12 % des cas (MORAX).

4° Le traitement général par les vaccins, la protéinothérapie, le lait, donne des résultats heureux, mais aussi des échecs nombreux.

Avec le sérum de NICOLLE de l'Institut Pasteur, les complications cornéennes surviennent dans 10 % des cas.

5° Le sérum de STÉRIAN présente sur la conjonctivite gonococcique du nouveau-né, une action *incontestablement curative*.

Il prévient les complications cornéennes, si la sérothérapie est faite assez tôt. S'il existe des lésions cornéennes et que l'on institue le traitement par le sérum de STÉRIAN, celui-ci *arrête l'extension des lésions et empêche la perforation* : l'observation XV de M. le Professeur DUVERGER en est une preuve, puisque le petit malade présentait de chaque côté une descémétocèle.

Il nous semble, par suite, qu'actuellement le meilleur traitement de la conjonctivite gonococcique du nouveau-né est le traitement général par le sérum de STÉRIAN.

Après un diagnostic précoce de la conjonctivite gonococcique, en s'aidant du laboratoire, faire tous les deux jours une injection de trois à cinq centimètres cubes de sérum de STÉRIAN, concurremment avec un traitement local. Quatre à cinq injections de sérum seront suffisantes.

Le traitement local institué concurremment sera constitué par

a) Des instillations de nitrate d'argent à 1/100^e deux fois par jour ;

b) Des lavages toutes les deux heures, au tampon imbibé d'eau bouillie, de sérum physiologique ou d'une solution de permanganate de potasse au 1/5000^e. On exprimera le tampon à quelque distance de l'œil.

c) Des instillations d'argyrol au 1/10^e toutes les trois heures.

Ce traitement étant institué pour toute conjonctivite gonococcique, nous pensons actuellement que nous devons avoir le maximum de chances d'éviter les complications cornéennes ; ou, si elles existaient avant que le traitement soit mis en œuvre, d'empêcher leur extension.

Mais où trouver le sérum de STÉRIAN ?

Il n'existe pas dans le commerce.

Emettons le vœu que le Gouvernement français facilite l'entrée en France de ce sérum, actuellement préparé en Roumanie, et ainsi, de nombreux enfants seront préservés de la cécité qui les guette au cours de l'ophtalmie purulente.

Vu : LE DOYEN :

G. ROUSSY.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — Vaccins et sérums, page 106 (FLAMMARION, éditeur, Paris 1922).
- ASSEMAT (U.). — Contribution à l'étude des arthrites gonococciques et leur traitement par un sérum polymicrobien (Sérum STÉRIAN) (Paris, 1923, LEGRAND, éditeur).
- BARIL (G.). — Recherches sur le meilleur mode de traitement des gonococcies, vaccin nouveau (*Bull. Académ. Méd. de Paris*, 1918, 3^e section, T. xxx).
- BINET (A.). — Traitement de la blennorragie et de ses complications par un nouveau sérum polymicrobien (sérum STÉRIAN) (*Thèse de Paris*, 1921).
- BONNAMOUR. — Le vaccin gonococcique de WRIGHT dans le traitement du rhumatisme blennorragique (*Revue Internat. de Méd. et Chir.*, Paris 10 octobre 1912).
- BRUSSELMANS (P.). — Sur l'ophtalmie purulente des nouveau-nés (*Revue Médicale de Louvain*, n^o 9, p. 125).
- BURKACH (E.). — Zur methode der creideisierung bei neugeborenen (*Zeitschr. f. med. Beamte* 1^{er} août 1929, p. 348).
- CALMETTE (A.), NÈGRE (L.), BOQUET (A.). — Manuel technique de microbiologie et sérologie.
- CHARA MAITRA. — Ophthalmia neonatorum (*Th. Antiseptic*, avril 1928, p. 200).

CLERS et PERROCHAUD. — Traitement du rhumatisme gonococcique par les injections de sérum de STÉRIAN (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1^{er} février 1923).

CONSTANTINESCO (I.). — Traitement de la conjonctivite gonococcique par le sérum de STÉRIAN (*Annales Oculistiques de Paris*, 1921).

COUTELA (Ch.). — La conjonctivite gonococcique de l'enfant et de l'adulte (*Journal de Méd. et de Chir.* 10 septembre 1922).

CRUVEILHER (Louis). — Le traitement de la blennorragie par la méthode des virus vaccins sensibilisés (*Compte Rendu de l'Académie des Sciences, Paris*, 1914, p. 1284, 1287).

DEBRÉ et PARAF. — Base expérimentale de la sérothérapie antigonococcique (*Bulletin Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 9 nov. 1919).

— Traitement du rhumatisme blennorragique par les injections locales de sérum antigonococcique (*Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 9 novembre 1919).

DUPUY-DUTEMP. — Conjonctivite gonococcique et sérum de STÉRIAN (*Bull. de la Soc. d'Ophtalmologie de Paris*, déc. 1921, *Presse Médicale*, n° 1, janvier 1922).

— Sérothérapie de la conjonctivite gonococcique (*Annales d'Oculistique*, janv. 1922).

DUVERGER. — *Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris*, 1922 ; *Presse Médicale*, n° 10, février 1922.

— Ophtalmie traitée par le sérum de STÉRIAN. Extrait du *Méd. d'Alsace et de Lorraine*, 1922.

— Ophtalmie purulente et sérum de STÉRIAN

- (*Société d'Oph.*, séance du 17 juin 1922, *Bul. de la Soc. d'Oph.*, juillet 1922).
- FRANÇOIS (J.). — Le vaccin gonococcique dans les infections blennorragiques (*Archiv. urol.*, Cl. de Necker, Paris 1913-1914).
- FAVORY (A.). — Conduite à tenir en présence de la conjunctivite du nouveau-né (*Progrès Médical*, n° 19, 11 mai 1929, p. 831).
- GUICHARD. — Traitement du rhumatisme blennorragique par le vaccin antiméningococcique (*Ann. Méd. de Caen*, n° 11, 1911).
- KALT. — *Bulletin de la Soc. d'Oph.*, Paris, déc. 1921.
- KLEBANSKI. — Ophtalmie gonococcique du nouveau-né, durée et complications (*Thèse de Paris*, 1914).
- LEMELAND (M.). — Deux cas d'ophtalmie blennorragique chez le nouveau-né, traitement par vaccination; guérison (*Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, séance du 11 avril 1932, in *La Gynécologie*, juillet 1932, p. 399).
- LAUMONNIER (J.). — Les nouveaux traitements des gonococcies (*Bull. de Thérapeutique*, Paris 1917, LE PLAY, 1917).
- LE PLAY. — Physiologie des séreuses : Grand épiploon.
- LE FUR. — L'urologie en clientèle (MALOINE, édit., Paris, 1925, p. 500, 513).
- LEQUEUX. — Vaccinothérapie antigonococcique (*Clinique de Paris*, 1924).
- LUMIÈRE et CHEVROTIER. — Compte rendu de l'Académie des Sciences.
- MARION. — Traité d'urologie (T. II, p. 602).
- Le sérum antigonococcique de STÉRIAN (*Communication à la Société d'urologie*, séance du 3 juillet 1922, *Bull. de la Société Française d'urologie*, juillet 1922).

- MAWAS. — *Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris*, décembre 1921.
- MORAX. — *Annales d'Oculistique de Paris*, fév. 1921.
- *Bulletin de la Société d'Ophtalmologie*, Paris, janvier 1921.
- *Paris Médical*, n° 7, février 1921.
- *Bulletin de l'Institut Pasteur*, n° 15.
- Conjonctivite gonococcique et sérum de STÉRIAN (*Bull. de la Soc. d'Oph.*, Paris 1921).
- Note statistique sur la conjonctivite du nouveau-né et son traitement sérothérapique (*Annales d'Ocul.*, juillet 1922).
- Précis d'Ophtalmologie, 1933.
- MERKLEN et MINVIEILLE. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Médecine des Hôpitaux de Paris*, 1^{er} février 1923).
- NICOLLE et BLAISOT. — Le vaccin antigonococcique atoxique : son application au traitement de la blennorrhagie et de ses complications (*C. R. de l'Académie des Sciences*, 1913).
- OFFRET. — Instillation locale de sérum antigonococcique dans les ophtalmies des nouveau-nés (*Clinique Ophtalmologique*, nov. 1925).
- PARAF (Jean). — La sérothérapie antigonococcique. Etude expérimentale et clinique (*Thèse de Paris*, 1919).
- RENAUD-BADET. — Etat actuel de la vaccinothérapie antigonococcique (T. I, n° 2, 5^e série) (*Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie*).
- Le vaccin antigonococcique dans la pratique journalière (*L'Hôpital*, juillet 1920).
- ROCH. — Les pansements rares dans l'ophtalmie purulente des nouveau-nés (46^e Cong. de la Soc. Française d'Ophth., Paris, 27-29 juin 1933) (*In Presse Méd.*, du 2 août 1933).

- RONCHON-DUVIGNAUD, VALIÈRE, VIALEIX. — Sur un cas de conjonctivite gonococcique de l'adulte traité uniquement par le sérum de STÉRIAN (*Soc. d'Oph.*, séance du 17 juin 1922).
- RONCHON-DUVIGNAUD. — *Bulletin de la Société Ophthal.*, Paris (*Presse Méd.*, 10 fév., 1922).
- SÉZARY (H.). — La vaccinothérapie, les principes, sa technique, ses résultats (*Journ. Méd. Franç.*, 1910).
- Vaccinothérapie intensive dans le rhumatisme blennorragique (*Compte rendu social biolog.*, 8 novembre 1909).
- STÉRIAN (E.). — Essai sur la sérothérapie antigonococcique polymicrobienne (*J. urologie*, 1921, T. II, p. 81).
- Traitement des complications blennorragiques par le sérum de STÉRIAN (*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 1923, p. 121).
- Sérothérapie antigonococcique (*Soc. Méd. des Hôp.*, 19 janv. 1923).
- Considérations de doctrine et de technique (*Imp. CHAIX*, 1922).
- TERLINCK. — Ophtalmie des nouveau-nés et fausses ophtalmies (*Soc. Méd. Chir. du Brabant*, s. du 28 février 1933, in *Bruxelles Méd.*, n° 22, 2 avril 1933).
- VAN DER STRAETEN. — Prophylaxie de l'ophtalmie du nouveau-né (*Arch. d'Oph.*, juillet 1930, p. 567).
- VAQUEZ. — *Bulletin et Mémoires de la Soc. Méd. de Paris*, 1^{er} février 1923.
- VEIL (M.-P.). — L'ophtalmie du nouveau-né, conjonctivite purulent (*Journ. des Praticiens*, 29 nov. 1930, p. 787).

VIGNES (H.). — La pseudo-conjonctivite du nouveau-né (*Journ. des Praticiens*, 4 oct. 1930).

WEILL. — La pseudo-conjonctivite du nouveau-né (*J. de Méd.*, Paris, 18 juin 1931).

— Le traitement de l'ophtalmie du nouveau-né (*Monde Médical* du 15 juin 1922, p. 400 et du 1^{er} août 1923, p. 505).

